



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	:	HANNAH GRACE EHAB HAMOUDA	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	30-Jan-2006	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	FA21-I2E2-C2C1-JCDE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

CASE INFORMATION	:	☐ ACUTE	☐ CHRONIC	☐ PRE-EXISTING	☐ INJURY
نوع الحالة		حادة	مزمنة	موجودة مسبقا	إصابة

DIAGNOSIS	:	J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R52 - Pain, unspecified																																	
التشخيص																																			
AETIOLOGY	:	Enter Aetiology																																	
لمسببات المرضية																																			
(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)																																			
(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)																																			
SYMPTOMS	:	<table><tr><td>Complaint</td></tr><tr><td>fever</td></tr><tr><td>cough</td></tr><tr><td>flu</td></tr><tr><td>nasal congestion</td></tr><tr><td>body pain</td></tr><tr><td>o/e</td></tr><tr><td>hyperemia</td></tr><tr><td>chest congestion</td></tr></table>	Complaint	fever	cough	flu	nasal congestion	body pain	o/e	hyperemia	chest congestion																								
Complaint																																			
fever																																			
cough																																			
flu																																			
nasal congestion																																			
body pain																																			
o/e																																			
hyperemia																																			
chest congestion																																			
العراض المرضية																																			
CLINICAL FINDINGS	:	<table><tr><th>CPT Code</th><th>Treatment</th><th>Type</th></tr><tr><td>96372</td><td>Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96361</td><td>Iv Infusion Hydration Each Additional Hour</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96365</td><td>Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>96375</td><td>Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug</td><td>Co.Pay</td></tr><tr><td>9</td><td>Consultation Gp</td><td>General Consultation</td></tr><tr><td>2190-106618-1001</td><td>PARAFUSIV I.V. 10MG/ML</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>85025</td><td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td><td>Lab</td></tr><tr><td>0125-122107-1022</td><td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0195-107704-0801</td><td>CEFTRIAZONE-TABUK IV</td><td>Pharmacy</td></tr><tr><td>0102-152902-1001</td><td>LACTATED RINGERS INJECTION USP</td><td>Pharmacy</td></tr></table>	CPT Code	Treatment	Type	96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay	96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay	96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay	9	Consultation Gp	General Consultation	2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy	0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy
CPT Code	Treatment	Type																																	
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay																																	
96361	Iv Infusion Hydration Each Additional Hour	Co.Pay																																	
96365	Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr	Co.Pay																																	
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay																																	
9	Consultation Gp	General Consultation																																	
2190-106618-1001	PARAFUSIV I.V. 10MG/ML	Pharmacy																																	
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																																	
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																																	
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy																																	
0102-152902-1001	LACTATED RINGERS INJECTION USP	Pharmacy																																	
النتائج السريرية																																			

REMARKS :	Enter Remarks		
الملحظات			
TREATING PHYSICIAN :	Humaira		
الطبيب المعالج			
HOSPITAL /CLINIC :	CITICARE MEDICAL CENTER LLC		
المستشفى / العيادة			
CONSULTATION DETAILS :	☐ New	☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد	المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع و ختم الطبيب

Dr. Humaira Mumtaz
General Practitioner
DHA No: 54155530-002
CITICARE MEDICAL CENTER LLC
DUBAI - U.A.E.

DATE: 29/03/2025

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد